ITEM 57 : MALTRAITANCE
ITEM 13 : CERTIFICATS MEDICAUX

La fiche a été réalisée en priorisant les rangs/données de la fiche LiSA > collège de pédiatre > Médecine légale
Les signes d'alerte de maltraitance (rang A) ont été colorés en rouge
Concernant l'item 13 : seules les données pertinentes en pédiatrie sont traitées ici (fiche exhaustive en Médecine légale)

Maltraitance = « toute forme de **mauvais traitements physiques / affectifs**, de **sévices sexuels**, de **négligence** (..) ou **d'exploitation commerciale** ou autre, entrainant un **préjudice réel/potentiel** sur la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une **relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir** » (OMS).
➝ Mise en danger de la **santé physique, psychique et sociale** de l'enfant, privé de réponse adaptée à ses besoins fondamentaux : appartient aux évènements graves de l'enfance (Adverse Childhood Evenements **ACE**)
- **Enfant à risque** = non maltraité, mais dans des conditions d'existence risquant de mettre en danger leur santé, sécurité, moralité, éducation ou qualité des réponses aux besoins quotidiens
- **Complications à l'âge adulte : somatiques** (maladies chroniques cardiovasculaires, cancer…), **psychiques** (addiction, maladies psy), **génésiques** (IST, grossesses précoces, prématurité)

Définitions

Actes par « commission »

- **Violence physique** = toute blessure infligée à un enfant : dommage tissulaire (ecchymose, brûlure, piqûre, fracture, rupture de viscère, perte de fonction d'un membre ou d'un organe) par traumatisme, dépassant le stade de la simple rougeur
- **Violences sexuelles** = toute participation d'un enfant à des activités sexuelles inappropriées à son âge et son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte ou par la violence ou la séduction, ou qui transgresse les tabous sociaux
- **Sévices psychologiques** : dénigrement, humiliation, injonction paradoxale, rejet affectif, punition, exigence éducative inadaptée à l'âge de l'enfant ou à ses possibilités
- **Violences conjugales** ; **Violences institutionnelles** (subies en milieu collectif dans les institutions d'accueil
- **Cyberviolence** : exposition aux images violentes / pornographiques, sexting, happy slapping (enregistrement/diffusion d'agression de toute nature), cyberharcèlement
- ***Cas du Sd de Münchhausen par procuration*** *= type particulier de maltraitance dans lequel les parents, habituellement la mère, allèguent des symptômes chez l'enfant conduisant à de multiples examens ou interventions*

Actes par « omission »

- **Négligence lourde** : absence de réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant : physique (alimentation, hygiène, soins médicaux, prévention), affective (sécurité) ou sociale (éducation, socialisation, instruction)

Epidémi

- Incidence difficile à mesurer mais estimée à **10% des enfants** en France ; à l'international : **11-15%** selon les pays
- 2020 : **308 000 mineurs** relevant d'une mesure de protection de l'enfance en France (**21,4/1000 mineurs**)
- **49 enfants décédés** dans le cadre intra-familial en France (2020)

Diagnostic

Circonstances diagnostiques

- Enfant **accompagné par un parent/tiers** car suspicion de violences/danger
- **Révélation de violences** de la part de l'enfant
- Constatation de **lésions cliniques suspectes :**
. **Situation d'apparence banale mais répétée** : traumatismes, chutes
. **Symptômes divers** : douleur abdominale, céphalées, vomissements
. **Complication** : convulsion, malaise avec pâleur (hématome sous-dural aigu), dénutrition
. **Tb psycho-comportementaux** : anxiété, apathie, dépression, difficultés scolaires ou de sommeil

Selon l'âge

- **Nourrisson** : négligence / violence physique
- **Enfant** : difficultés scolaires brutales / surinvestissement scolaire
- **Ado** : auto-agressivité (scarifications, restriction alimentaire, dévalorisation, suicide/TS) ou hétéro-agressivité

Int. — Facteurs de risque *(Rang B selon la pédiatrie & la médecine légale)*

Parents/ responsables

- **Grossesse** : immaturité, grossesse non déclarée, non-désirée, non ou mal suivie
- **Contexte socio-économique** : chômage (licenciement récent), pauvreté/stress lié à des difficultés financières, logement exigu, inoccupation, isolement
- **Structure familiale** : jeune âge parental, monoparentalité, famille nombreuse, violences conjugales, *manque de connaissance sur l'enfant (cf Médecine Légale)*
- **Contexte psychique** : psychose, dépression, sévices subis dans l'enfance, deuil
- **Addiction** : éthylisme, toxicomanie, addiction comportementale (écrans)

Enfant

- **Terrain** : prématurité, handicap physique ou intellectuel, séparation familiale, séparation précoce du nourrisson et ses parents (quelle qu'en soit la raison)
- **Comportement** : pleurs incessants, troubles du comportement ou du sommeil
Cf médecine légale : enfant ≤ 4 ans ou adolescent

Fratrie

- Hospitalisations répétées, mort inattendue du nourrisson inexpliquée
- Placements, décisions judiciaires
- ATCD de violence / situation à risque dans la fratrie

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="2"></td><td>Contexte</td><td>- Mode de vie : accompagnant, mode de garde, entourage, événements récents (recherche de FDR)
- Pathologie de l'hémostase connue, handicap / maladie chronique
- Retard de croissance staturo-pondéral (nanisme psychosocial)
- Non-respect du calendrier vaccinal, irrégularité de suivi médical
- Nombre de consultations anormalement élevées en services d'urgences, motifs particuliers (intoxication médicamenteuse, fracture…), nomadisme médical, troubles somatoformes (consultations multiples pour symptômes flous)
- Régression psychomotrice, troubles du comportement, du sommeil, d'alimentation…
- Décrochage / hyperinvestissement scolaire
- Agitation, agressivité, violence, fugue, mise en danger, consultation pédopsy pour TS, épisode dépressif, TCA, stress post-traumatique…
➝ Existe dans tous les milieux sociaux. L'entourage est responsable dans 80% des cas.
➝ Suspicion parfois amenée par un adulte (école, puéricultrice de PMI), ou l'enfant/ado lui-même</td></tr>
<tr><td>Eléments évocateurs</td><td>- Délai inexplicable entre le début des signes et la consultation médicale
- Incohérence entre le motif de consultation/les explications fournies et le tableau clinique observé
- Absence de plausibilité entre les lésions et l'âge de l'enfant, circonstances inconnues/fluctuantes
- Responsabilité reportée sur une tierce personne (fratrie/autre enfant/animal de compagnie++)
- Manque d'intérêt pronostique des lésions diagnostiquées, douleur non-prise en compte
- Morphologie lésionnelle évoquant un objet traumatisant
- Nombre/répétition de lésions observées, coexistence d'éléments d'âges ou de natures différentes</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">= Examen physique complet, sur un enfant totalement déshabillé, chez un enfant mis en confiance, en évitant les gestes douloureux ou agressifs inutiles, si possible en présence d'une personne connue et rassurante
➝ Respect de la pudeur, ne pas répéter un examen difficile, respecter un éventuel refus d'examen
- Comportement et réactions de l'enfant (niveau de langage, gestuelle) : irritabilité, hostilité, indifférence
- Aspect et état général : taille/poids/PC, état buccodentaire, hygiène corporelle, signes de dénutrition
- Développement psychomoteur
- Inspection des téguments, OGE et région anale, mobilité des membres et articulations (fracture) : photographies avec repère métrique et identité de l'enfant, dans le dossier médical
- Examen périnéal si symptômes ou doute/inquiétudes sur des violences sexuelles <u>par un intervenant formé</u>
- Avis ophtalmologique avec fond d'œil (hémorragies rétiniennes, œdème papillaire)
➝ Toujours évoquer la possibilité de plusieurs types de violence associés</td></tr>
<tr><td>Diagnostic</td><td rowspan="2">C</td><td>Lésions tégumentaires évocatrices</td><td>- Plaie (perte de substance), hématome (collection dans une cavité néoformée), ecchymose (suffusion hémorragique tissulaire) : morphologie linéaire/en boucle (ceinture) : plaie « en forme »
- Brûlures : morphologie = brûlure de cigarette, brûlure à bords nets (sans « éclaboussure »)
- Griffures, morsures, plaques de cheveux arrachés, traces de contention
➝ Toute lésion traumatique avant l'âge de la marche (sauf griffure sur la partie médiane de la face)
➝ Nombreuses > 15 chez l'enfant déambulant
➝ Localisation suspecte : Visage (joues), cuir chevelu, oreilles, cou, dos des mains, OGE, parties couvertes (thorax, dos, lombes, face postérieure des cuisses)
Localisations peu suspectes : front/occiput, avant-bras (postérieur), tibias (antérieur), crêtes iliaques
- Lésions muqueuses sans explication évidente (stomatite, aphtes)</td></tr>
<tr><td>Diagnostics différentiels</td><td>Moins fréquents que les situations de maltraitances ; possibles diagnostics intriqués
- Brûlure : lésions vésiculo-bulleuses d'origine infectieuse ou allergique
- Fracture : fragilité osseuse constitutionnelle, rachitisme, scorbut
- Hématome : trouble de l'hémostase, jeux scolaires, rituels d'endormissement
- Ecchymose : tache bleu ardoisé (mongoloïde), thérapeutique parallèle (Cao Gio asiatique)</td></tr>
<tr><td></td><td>PC</td><td colspan="2">- Si violences physiques ≤ 2 ans :
Radiographie du squelette + FO (<24h)
+ TDM cérébral (examen d'urgence, + IRM en complément ou en 1°intention si pas de symptôme neurologique)
+ Echographie abdominale (notamment si doute clinique ou biologique : ↗ transaminases / lipase)
- Si violences physiques > 2 ans : examens orientés selon l'examen clinique

- Bio : - NFS, bilan de coagulation (TP/TCA, facteurs de coagulation dont facteur XIII)
- Recherche de toxiques urinaires et sanguins
- Bilan phosphocalcique (fractures) : Ca/Ph, PAL, PTH, Vit D + dosages urinaires (Ca, Ph, Créat, réabsorption du phosphore)
- Bilan nutritionnel (négligence/dénutrition) : Vit C, folates, B12, ferritine
- Bilan hépatique, lipase, BU = hématurie (traumatisme abdominal)
- DD si HSD : dosage cuivre, céruléoplasmine (maladie de Menkes), chromatographie des acides organiques urinaires (acidurie glutarique de type 1)</td></tr>
</table>

		Rx du squelette	= Bilan Rx complet si âge **≤ 2 ans**, voire **scintigraphie osseuse** : - Evocateur si : - **Fractures des os plats** (crâne, côtes) ou **du rachis** - **Fractures des os long avant l'âge de la marche** - Découverte **fortuite** de fracture (sans plainte douloureuse) - Si doute sur le 1e examen, répéter des clichés à 15 jours - Si **découverte de fracture** suspecte/inexpliquée : **bilan Rx osseux complet répété à 10 jours** ou complété par une **scinti / IRM osseuse** (voire scanner), images relues par 2 radiopédiatres
Tableaux cliniques	**Syndrome de Silverman**		= Association de lésions osseuses et fractures multiples, d'âges différents, de découverte radiologique - Avec **cals osseux**, **arrachements métaphysaires** (en coin ou en « anse de seau » : traction/torsion), **décollements périostés** (torsion), autres lésions par choc direct : attention **discordance mécanisme/lésion** - Recherche de **lésions associées** : neurologiques, cutanéo-muqueuses, hémorragie rétinienne (FO), régression psychomotrices, troubles du développement, intoxication, signe d'abus sexuel - **DD** fractures multiples : **maladie osseuse constitutionnelle** (+++rare que la maltraitance) : anomalie de transparence osseuse Rx
	Syndrome du bébé secoué		= **Secouement**, seul ou associé à un impact, provoquant un **traumatisme crânien** « à haute cinétique » - Saisie du thorax/des 2 bras et mouvements violents multidirectionnels : **accélération/décélération** avec accélération angulaire ➝ déchirures vasculaires (**veines ponts**), du fait de la mobilité du cerveau dans la boite crânienne du bébé (poids élevé de la tête, faiblesse de la musculature cervicale, largeur des espaces sous-arachnoïdiens, faible myélinisation centrale), +/- répétées dans le temps (secousses multiples) ➝ Lésions hémorragiques intracrâniennes, médullaires/intra-rachidiennes, oculaires/péri-oculaires - Généralement chez le **nourrisson < 1 an (pic à 6 mois)** : 500 cas probables / 700 cas possibles (incidence **22-50/100 000** naissances), 200 enfants/an en France, mortalité 10-40%, séquelles graves - **FDR** de haut trauma crânien par secousse : sexe **masculin**, **prématurité**/complications périnatales, **séparation mère-enfant** néonatale, grossesse multiple/rapprochée/non-désirée, **pleurs mal supportés** par les parents, **difficultés alimentaires et de sommeil**, interventions antérieures des services sociaux ➝ **Consultation pour pleurs** : déculpabiliser, verbaliser les émotions des parents, dépister (épuisement / vulnérabilité psychique) : thermomètre de la colère p.ex
		C	- **Convulsions, hypotonie, trouble de vigilance, irritabilité, bombement de la fontanelle antérieure**, **changement de couloir de la courbe du PC, apparition d'un strabisme, régression psychomotrice** - **Pâleur, malaise**, **vomissements** (HTIC)**, pauses respiratoires** - **Ecchymose du thorax et des bras** (points d'enserrement), autres lésions cutanées (ecchymoses, fracture, brûlures) = **lésions sentinelles**, lésions intra-abdominales associées (contusion foie/rate)
		PC	Si diagnostic suspecté = **scanner / IRM cérébrale** en urgence Si **lésion sentinelle** avant l'âge de la marche : **radiographie** de squelette + **FO** + imagerie cérébrale et abdominale, + **NFS/hémostase** et bilan de DD (cf plus haut : maladie de Menkes, acidurie glutarique) *L'échographie transfontanellaire n'est pas un bon examen pour diagnostiquer un saignement*
			TDM cérébral : - **HSD** : hyperdensité en croissant dans une convexité, extraparenchymateux, parfois masqué par l'œdème initialement : plurifocal, uni/bilatéral, dans la **faux du cerveau/la tente du cervelet**, +/- **HSA** - Ruptures de veines pont visualisables : hémorragies sous-arachnoïdiennes, caillots au vertex ➝ **Arguments forts** la phase aigue : prédominance de l'HSD, caillots au vertex
			IRM cérébro-médullaire : Plus précise, pour compléter le TDM ou en l'absence de symptôme - **HSD** pluri-focaux au niveau de la faux du cerveau ou de la fosse postérieure - Parfois associés à des **hémorragies sous-arachnoïdiennes** - **Lésions cérébrales anoxiques, œdémateuses** ou **contusion** +/- évolution vers une **atrophie**
			Rx du squelette ± scintigraphie : **- Fractures** ou **cals osseux des côtes**, notamment des arcs postérieurs **- Appositions périostés des membres supérieurs**
			Fond d'œil (< 24h) : - **Hémorragies rétiniennes** (absente dans **20%** des cas) : pathognomonique si multiples, profuses, éclaboussant la rétine jusqu'à sa périphérie (type 3) ; **hémorragie du vitré, de la cavité orbitaire** ➝ possible **ischémie rétinienne** - **Œdème papillaire** si HTIC
		DD	- **Traumatisme crânien accidentel** : circonstances connues/compatibles/cohérentes, cinétique suffisante (chute > 1,5m), sémiologie radiologique différente) - **Troubles de l'hémostase** - **Accouchement** : AVB dystocique, disparition des lésions avant 1 mois, sémiologie radiologique ≠ - **Maladies génétiques/métaboliques** (Menkes, acidurie organique) : signes cliniques évocateurs

<table>
<tr><td rowspan="4">Démarche médicale et administrative</td><td rowspan="3">Violences / agressions sexuelles</td><td colspan="3">- Souvent intrafamiliales ou par un adulte connaissant l'enfant
- Circonstances diagnostiques : révélation par l'enfant (fausses allégations rares++ : ne pas questionner / douter), lésions suspectes à l'examen clinique, questionnement de l'entourage, symptômes aspécifiques faisant évoquer le Dg (cf ci-dessous)
- Questions ouvertes, interrogatoire seul/accompagné selon le souhait de l'enfant : révélation, conditions, retentissement (asthénie, IS, sommeil, alimentation…), examen clinique avec stade pubertaire…
➝ Si suspicion = avis pédiatrique spécialité (Unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger UAPED)
➝ Rôle du médecin = protection de l'enfant, ≠ enquêteur (ne peut/doit pas juger de la véracité des propos)</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">- Troubles somatiques : - Douleur abdominale ou pelvienne - Grossesse non désirée
- Cystite ou vulvite récurrente - Saignement vaginal ou rectal
- Infections génitales à germes inhabituels pour l'âge (Chlamydia)
- Troubles de la continence urinaire/fécale (dont énurésie secondaire)
- Douleurs chroniques inexpliquées
- Troubles psychologiques : comportement à connotation sexuelle (masturbation, jeux érotiques), chute des performances scolaires, problèmes de discipline, agressivité, syndrome dépressif, mutisme, anorexie mentale, tentative de suicide</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- Prélèvements locaux : - Recherche de sperme : vêtements, vulve, vagin, bouche, anus
- Recherche de gonocoque et Chlamydia
- Bio : β-hCG (selon l'âge), dépistage d'IST (sérologie VIH, VHB, VHC, syphilis)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Démarche médicale et administrative</td><td rowspan="2">Orientation</td><td>Hospitalisation</td><td colspan="2">➝ Obligatoire si nécessité de : - Soins urgents
- Protection urgente (maltraitance grave)
- Constat médico-légal urgent (agression sexuelle <5j)
- Orientation vers l'UAPED en situation d'urgence (équipe pédiatrique hospitalière)
- Justification auprès des parents : véritable ou prétexte, nécessite l'accord d'un des 2 parents
- En cas de refus dans une situation de danger immédiat, de nécessité d'examen médicolégal urgent (agression sexuelle < 5j) ou de menace de retrait de l'enfant de l'hôpital : appel en urgence au procureur de la République ou à son substitut et demande d'OPP</td></tr>
<tr><td>Ambulatoire</td><td colspan="2">➝ Possible seulement en cas de suspicion de maltraitance sans élément de gravité
- Intervention dans un 1er temps auprès des structures administratives (CRIP, PMI, ASE)
- Si situation de danger = rédaction d'IP ➝ évaluation puis intervention administrative/judiciaire
- Si situation à risque mais pas de danger : soutien à la parentalité, aide financière, intervention de Technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) sans rédaction d'IP</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prise en charge médicale</td><td colspan="2">- Soins physiques : <u>antalgie</u>, pansement de brûlure/plaie, SAT-VAT, PEC orthopédique, renutrition, TTT des carences vitaminiques si besoin, intervention neurologique/neurochirurgicale si besoin (HSD…)
- En cas d'abus sexuel : contraception orale d'urgence (selon l'âge), prévention IST
- Soutien psychologique pour l'enfant et sa famille : risque important de psychotraumatisme (dissociation)
➝ Interroger la nécessité de soins, de mesure de protection, et consigner les éléments cliniques/les circonstances dans un certificat (dossier médical)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">Prise en charge médicolégale et administrative</td><td>Certificat médical initial</td><td>= Systématique : descriptif, non interprétatif, rédigé au terme de l'anamnèse et de l'examen clinique par un docteur en médecine
- Engage la responsabilité disciplinaire, civile, pénale du médecin</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Signalement</td><td>= Document écrit dont le destinataire est exclusivement une autorité administrative (Conseil général via la CRIP) ou judiciaire (procureur de la République)
- Entrepris sur décision du médecin, avec dérogation légale au secret médical
- Remis sans intermédiaire au destinataire (avec copie dans le dossier médical)
- Contient :
. Identité/coordonnées de l'enfant, des responsables de l'autorité parentale et du médecin
. Situation motivant le signalement (éléments d'inquiétude…), FDR repérés
. Propos rapportés entre guillemets au conditionnel, comportement de l'enfant/accompagnent
. Données cliniques (au présent)
. Date, signature, tampon
(Pas de tiers désigné, pas d'imputabilité)
- Parents informés de la rédaction du signalement, sauf intérêt contraire pour l'enfant
- Une suspicion de maltraitance doit faire évaluer l'ensemble des enfants vivant sous le même toit</td></tr>
<tr><td>Social</td><td>- Appel anonyme à « Allo enfance maltraitée » (119)
- Service sociale de secteur : enquête à domicile
➝ Classement sans suite ou démarche administrative</td></tr>
<tr><td>Administratif</td><td>= <u>Information préoccupante = IP</u> (médicale, sociale) : enfant en danger</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>- Ecrit adressé à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) : instance départementale multidisciplinaire : recueille les IP, évalue les situations
- Evaluation multidisciplinaire dans les 3 mois puis :
. Classé sans suite
. Proposition de PMI, suivi service social départemental (SSD)
. Proposition d'accompagnement éducatif contractuel (aide éducative à domicile)
. Transmission au parquet (signalement judiciaire) si évaluation/contratualisation impossible ou si échec de PEC
- Transmet les données anonymisées à l'observatoire départemental de protection de l'enfance
- Médecin référent « Protection de l'enfance » dans chaque département : liens avec les services départementaux (ASE = aide sociale à l'enfance, PMI), CRIP, médecins du département, + organise le suivi des enfants confiés à l'ASE</td></tr>
<tr><td>Judiciaire</td><td>= En cas de situation d'extrême gravité (HSD, fractures, suspicion d'agression sexuelle…), enquête/protection urgente ou échec de protection administrative (p.ex absence de collaboration des parents avec les services de protection de l'enfance)
- <u>Signalement judiciaire</u> au procureur de la République, en relation avec la brigade de protection des mineurs, le juge pour enfant (protection) et le juge d'instruction (poursuite) ➞ le magistrat saisi décide des suites pénales et civiles
- Suites pénales : investigations +/- poursuite pénales / classement sans suite
➞ Possible réquisition : examen clinique (≠ expertise) au profit d'une enquête, injonction à un professionnel par une autorité judiciaire/administrative (amende de 3750€ si refus)
- Suites civiles :
. Si nécessité de protection urgente = OPP et saisine du juge des enfants (décide de la poursuite de la mesure de placement / la mise en œuvre d'assistance éducative)
. Sinon : Sasine du juge des enfants (investigations +/- assistance éducative)
Ou transmission à la CRIP
Ou classement sans suite sur le plan éducatif
➞ Copie du signalement systématiquement envoyé à la CRIP</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Ordonnance de placement provisoire (OPP)</td><td>= Placement d'un mineur hors du cadre familial (décision civile ou pénale) : mesure de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation si le milieu de vie ne permet pas de garantir la sécurité, l'éducation (civil), ou le bon déroulement d'une procédure (pénal)</td></tr>
<tr><td>Suivi</td><td colspan="3">➞ Toute suspicion ou maltraitance avérée doit bénéficier d'un suivi prolongé
- Multidisciplinaire : médecin traitant, la PMI, l'ASE, l'UAPED et/ou le juge par enfant
- Dépistage des complications à moyen et long terme : trouble stress post-traumatique, dépression, trouble anxieux, conduites suicidaires, troubles comportementaux/neurodéveloppementaux, addictions, conduites à risque, reproduction de maltraitance, désinsertion sociale, maladies somatiques (cardiovasculaire, inflammatoire) …
- Attention au suivi systématique de l'enfant : moins assidu si maltraitance</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Prévention</td><td rowspan="2">Primaire</td><td colspan="3">- Entretien médico-social au 4ème mois de grossesse, mesures d'accompagnement
- Campagnes de prévention des secousses, info sur les pleurs, promotion d'éducation non-violente
- Extension du nombre de visites médicales obligatoires (PMI, médecine scolaire)
- Nouvelles missions de l'ASE : soutiens matériel, éducatif et psychologique</td></tr>
<tr><td>Protection maternelle infantile</td><td colspan="2">- Service départemental de santé, pluridisciplinaire coordonné par un médecin
- Consultations / actions de prévention médico-sociale pour les femmes enceintes, les parents et les enfants < 6 ans ; Planification et éducation familiale
- Demandes d'agréments/formation/surveillance des assistantes maternelles, et des établissements & services d'accueil des enfants < 6 ans
- Action de prévention & PEC des enfants en danger : vaccination, accidents domestique, troubles de l'attachement, santé scolaire en maternelle (3e section)
- Accompagnement des enfants en situation de handicap
- Surveillance épidémiologique : recueil des certificats du 8e jour, 9e et 24e mois</td></tr>
<tr><td>Secondaire</td><td colspan="3">- Repérer et prendre en charge les situations de maltraitance : OPP, signalement…</td></tr>
<tr><td>Tertiaire</td><td colspan="3">- Maintien des enfants en danger dans une situation de lien avec l'entourage
- Surveillance régulière prolongée, éviter les récidives (mesures éducatives/judiciaires)</td></tr>
</table>

CERTIFICATS MEDICAUX

- Documents écrits rédigés par un médecin pour témoigner de l'état de santé d'une personne telle qu'il l'a constaté dans son exercice
- Ne doit pas être banalisé car engage **la responsabilité disciplinaire, civile et pénale** du médecin qui l'établit
- Doit être complet, clair et précis
- Peut être rédigé par **tout médecin** (y compris internes si autorisés par chef de service) ; Médecin thésé pour les certificats de décès (ou autorisation par Ordre si médecin remplaçant non thésé)
- Ne se justifie que si un texte législatif / réglementaire l'exige

Principes de rédaction

- Identité **du patient** et **du tiers demandeur du certificat chez l'enfant** (« déclarant se nommer… ») : nom, prénom, date de naissance
- Identité du **médecin rédacteur** (nom, prénom, titre, adresse, n°ADELI)
- Date/heure de l'examen et date de rédaction si différente
- **Description objective** (sans interprétation), **exhaustive**, **scrupuleuse** et **précise** de l'état du patient après examen complet et minutieux ; éléments positifs et négatifs, **sans mention de diagnostic**
- Utilisation d'un mode déclaratif pour les **faits relatés et allégations** (ATCDS, faits décrits par le sujet) : déclarations au conditionnel ou avec guillemets (« déclare… »), en italique
- Date, signature et tampon du médecin
- Mention « Remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit », chez l'enfant « établi à la demande de (nom du représentant légal)

Le certificat doit être :
- Rédigé lisiblement en langue française, dans un style clair, simple et précis, sur papier libre/ordonnance ou formulaires pré-imprimés
- Établi **après examen** du patient, fait personnellement par le médecin

Dans le cas des violences sur mineur

= **Certificat de « coups et blessures »** = Règles de rédaction identiques à n'importe quel autre certificat
- 2 types de certificats chez l'enfant : **à la demande d'un tiers** ou **de l'autorité judiciaire** (= sous réquisition)
- Si certificat à la demande d'un tiers : questionner la nécessité de **rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement judiciaire**

Certificat à la demande d'un tiers	- Rédaction de certificat classique après examen clinique du patient - Identifier le tiers sur le certificat (identité alléguée) - Garder un double du certificat dans le dossier du patient - Le certificat médical **ne doit pas mentionner l'identité** de l'auteur présumé des faits, de **datation** des faits ni de notion **d'imputabilité**
Certificat sur réquisition	- Réquisition = **injonction** à un professionnel par une **autorité (judiciaire/administrative)** d'effectuer un acte urgent - En pédiatrie médico-légale : demandes d'examen clinique en contexte de violence subie - Nécessité de constatations / examens techniques/scientifiques pour une **enquête en cours** - **Serment par écrit préalable** du médecin : s'engage à apporter son concours à la justice en honneur et conscience, avec objectivité et impartialité (sauf médecin expert inscrit auprès d'une cour d'appel) - Nécessité de **praticien formé** au psychotraumatisme pédiatrique et au développement de l'enfant - **Maillage territorial** depuis la réforme de médecine légale (mais professionnel au choix du parquet) - Le médecin requis répond **uniquement aux questions qui lui sont posées** - **Réquisition ≠ expertises** (fond/forme différentes) - **Juge non-dépendant des conclusions de l'expert** : peut modifier la durée d'ITT fixée

ITT

Incapacité totale de travail = **notion pénale** de jurisprudence, sans lien avec l'emploi, peut être fixé chez l'enfant
= Temps (en nombre de **jours**) pendant lequel une personne n'est plus en capacité d'effectuer les **gestes de vie courante** (manger, se déplacer, jouer, interagir) en raison d'un évènement traumatique
- Souvent **demandée par voie judiciaire**, rôle décisif dans la **qualification de l'infraction** (contravention, délit) : seuil dépendant du caractère volontaire ou non des blessures, et de circonstances aggravantes